

---

**CONTRIBUTION A L'ETUDE  
DES  
Hémorragies  
des ulcères perforés suturés**

*(Travail de la Clinique de M. le Professeur MASSABUAU.)*

---

**THESE**

Présentée et publiquement soutenue  
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 28 juillet 1942

PAR

**RAHARINOSY**

né le 18 juillet 1909 à Tananarive (Madagascar)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

---

*Examineurs  
de la Thèse*

MM. MASSABUAU, professeur, président.

BAUMEL, professeur.

GUIBAL, agrégé.

BERT, agrégé.

*Assesseurs*

---

IMPRIMERIE DE LA PRESSE

3. Rue Jardin-Martel, 3

MONTPELLIER

1942



**CONTRIBUTION A L'ETUDE  
DES HEMORRAGIES  
DES ULCERES PERFORES SUTURES**



**CONTRIBUTION A L'ETUDE  
DES  
Hémorragies  
des ulcères perforés suturés**

*(Travail de la Clinique de M. le Professeur MASSABUAU.)*

**THESE**

Présentée et publiquement soutenue  
devant la Faculté de Médecine de Montpellier  
le 28 juillet 1942

PAR

**RAHARINOSY**

né le 18 juillet 1909 à Tananarive (Madagascar)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs  
de la Thèse*

MM. MASSABUAU, professeur, président.

BAUMEL, professeur.

GUIBAL, agrégé.

BERT, agrégé.

*Assesseurs*

IMPRIMERIE DE LA PRESSE  
3, Rue Jardin-Martel, 3  
MONTPELLIER

1942

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Professeurs

### Chaires:

|                                                             |                     |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|
| Anatomie                                                    | MM.                 |
| Histologie                                                  | J. DELMAS.          |
| Physiologie                                                 | TURCHINI.           |
| Chimie biologique médicale et toxicologie                   | HEDON.              |
| Physique médicale                                           | CRISTOL.            |
| Anatomie pathologique et médecine expérimentale             | PECH.               |
| Microbiologie                                               | BAUMEL.             |
| Pathologie et thérapeutique générales                       | LISBONNE.           |
| Thérapeutique et matière médicale                           | PAGES.              |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie                    | JANBON.             |
| Hygiène                                                     | PUECH.              |
| Médecine légale et médecine sociale                         | CARRIEU.            |
| Pathologie médicale et clinique propédeutique               | VIDAL.              |
| Clinique médicale                                           | BOULET.             |
| Clinique chirurgicale                                       | L. RIMBAUD.         |
| Clinique obstétricale                                       | GIRAUD, doyen.      |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses                 | MASSABUAU, ass.     |
| Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 <sup>er</sup> âge | RICHE.              |
| Clinique de dermato-syphiligraphie                          | P. DELMAS.          |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie               | EUZIERE, doct. hon. |
| Clinique des maladies des voies urinaires                   | BOUDET.             |
| Clinique gynécologique                                      | MARGAROT.           |
| Clinique ophtalmologique                                    | ETIENNE.            |
| Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.         | JEANBRAU.           |
|                                                             | LAPEYRE.            |
|                                                             | DEJEAN.             |
|                                                             | TERRACOL.           |

### Charges de cours:

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| Anatomie                   | LAUX.     |
| Histologie                 | GRANEL.   |
| Radiologie                 | LAMARQUE. |
| Propédeutique chirurgicale | AIMES.    |

## Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIEILLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELT.

## Chargés d'enseignements complémentaires

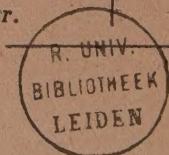
| MM.               |                    | MM.              |                    |
|-------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| Chimie            | MONNIER, agrégé.   | Clinique de la   | VIDAL, professeur. |
| Microbiologie     | CARRERE, agrégé.   | tuberculeuse     | MOURGUE.           |
| Hist. nat. méd.   | HARANT, agrégé.    | Pathologie chir. | MOLINES, agr.      |
| Pharmacologie     | HARANT, agrégé.    | —                | TRUC, agrégé.      |
| Pathologie méd.   | BOUCOMONT, agr.    | Chir. expér.     | GUIBAL, agrégé.    |
| —                 | BERT, agrégé.      | Médecine opér.   | ROUX, agrégé.      |
| Propédeut. méd.   | P. RIMBAUD, agr.   | Accouchements    | CADERAS            |
| Clinique interne. | PUECH, professeur. | —                | DE KERLEAU, agr.   |
| Clin. des mal.    | JANBON, profes.    | Stomatologie     | N...               |
| contagieuses.     |                    |                  |                    |

## Agrégés en exercice

|                 |                   |               |            |
|-----------------|-------------------|---------------|------------|
|                 | MM.               |               | MM.        |
| Médecine        | P. RIMBAUD.       | Chirurgie     | MOURGUE.   |
| —               | BOUCOMONT.        | —             | MOLINES.   |
| —               | BERT.             | —             | GUIBAL.    |
| —               | LAFON, ch. d'agr. | —             | ROUX.      |
| Chimie          | MONNIER.          | Urologie      | TRUC.      |
| Bactériologie   | CARRERE.          | Accouchements | CADERAS    |
| Hist. nat. méd. | HARANT.           |               | DE KERLEAU |

## Examineurs de la thèse

MM. MASSABUAU, prof., prés. MM. GUIBAL, agrégé.  
BAUMEL, professeur. BERT, agrégé.



Je dédie ce travail:

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

*faible témoignage de mon amour filial et de ma reconnaissance.*

A MA TANTE

*en témoignage de ma profonde affection.*

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MONSIEUR GEORGES JALLET  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
DOCTEUR EN DROIT  
PRÉSIDENT DE CHAMBRE HONORAIRE DE COUR D'APPEL

*Il fut l'un des premiers à s'intéresser  
à notre formation intellectuelle et  
c'est à lui que nous devons l'orienta-  
tion de notre carrière. Que ce mo-  
deste travail soit pour lui un faible  
témoignage de notre gratitude.*

A MONSIEUR LE GOUVERNEUR EMILE MERWART  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
GOUVERNEUR HONORAIRE DES COLONIES

*Il a bien voulu s'occuper de nous pen-  
dant notre séjour à l'Île de la Réu-  
nion.*

*Il a su nous diriger de ses Conseils  
éclairés. Nous l'en remercions vive-  
ment et le prions de croire à nos  
sentiments respectueusement recon-  
naissants.*

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
CROIX DE GUERRE

*Il a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.  
Au Maître très estimé dont nous avons beaucoup apprécié l'aimable accueil et l'enseignement clair et vivant qu'il nous a donné maintes fois dans son service, nous adressons notre respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*A toutes les étapes de notre vie hospitalière nous avons pu profiter de sa grande expérience clinique, nous lui devons une grande part de notre formation médicale. Nous le remercions d'avoir bien voulu faire partie de notre jury, et l'assurons ici de nos respectueux sentiments.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ GUIBAL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MÉDAILLE MILITAIRE

CROIX DE GUERRE

*Il nous a inspiré le sujet de ce travail. Nous ne saurions, en ces quelques lignes, le remercier de l'intérêt agissant qu'il nous a maintes fois témoigné dans notre vie médicale et ailleurs. Qu'il veuille bien considérer l'hommage de notre respectueuse gratitude en même temps que notre sincère et entier dévouement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ BERT

*Pour l'enseignement remarquablement méthodique et pratique, nous lui témoignons ici notre respectueuse reconnaissance.*

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE :  
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

# CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ULCERES PERFORES SUTURES DES HEMORRAGIES

---

## INTRODUCTION

Les suites opératoires proches ou éloignées des ulcères gastro-duodénaux perforés, ont suscité, ces dernières années un nombre considérable de travaux. L'analyse des faits a montré la nécessité d'une intervention précoce. Mais il ne semble pas que les hémorragies gastriques survenant après une intervention pour ulcère perforé aient été souvent signalées.

A voir la rareté des travaux consacrés aux hémorragies, compliquant plus ou moins précocement la suture pratiquée pour perforation d'ulcus gastrique, et le petit nombre des observations détaillées, plus comme des curiosités cliniques que comme des faits comportant un précieux enseignement, nous avons cru d'abord au caractère exceptionnel de cet accident. En effet, lorsqu'on lit des publications datant de quelques années, on est frappé de l'optimisme de la majorité des auteurs, optimisme que synthétise la phrase bien connue de Balfour : « Beaucoup d'ulcères naissent perforés et meurent suturés ».

En examinant de près différents travaux et comptes rendus se rapportant aux suites proches ou éloignées des perforations d'ulcères après suture, nous avons constaté qu'il

est peu de chirurgiens qui dans des séries importantes n'en aient observé quelques cas ; souvent ils semblent n'y attacher que peu d'importance et ils négligent de donner des détails précis sur la filiation de ces accidents. Et ceci s'explique probablement, parce que pendant de longues années, tout l'effort des chirurgiens s'est porté sur deux buts primordiaux : *le diagnostic précoce dans une perforation d'ulcus, le traitement d'urgence.*

Depuis le temps où l'on opérait des péritonites au troisième jour à nos jours où les malades arrivent couramment avant la sixième heure, avec le diagnostic fait par le médecin, cet effort a dû être considérable. Pendant toute cette période, il est bien compréhensible que le pronostic immédiat ait constitué l'unique souci des chirurgiens et que quand le danger vital était écarté, ils se soient crus autorisés à parler de guérison.

Cependant, Petreu (1912) et Corner (1913), cités par Lecène, envisagent déjà les suites éloignées et, se basant sur des statistiques de 52 et 40 malades, concluent de la façon suivante : « 40 % environ des malades continuent à souffrir de leur estomac, et ce sont ceux qui avaient un long passé gastrique ; 60 % sont guéris ; ils n'avaient pas d'antécédents ».

Ce critérium sur l'existence ou l'absence d'antécédents a prévalu depuis.

Et Lecène ajoute « que les résultats éloignés des perforations d'ulcères suturés seraient très intéressants à mieux connaître ».

Actuellement, les statistiques concordent à peu près : « 40 à 65 % des malades opérés d'ulcères perforés continuent à souffrir et à présenter des troubles. On se leurrerait en leur attribuant trop facilement une origine mécanique : sténose, adhérences ».

Aussi croyons-nous devoir attirer l'attention sur l'importance réelle des hémorragies après la suture d'ulcères perforés. Elles se révèlent dramatiques, leur apparition est un argument de plus en faveur de la surveillance étroite des anciens opérés de l'ulcère perforé et de l'intervention radicale secondaire, dès que la reprise de la maladie ulcéreuse s'est confirmée.

C'est à propos d'un cas récent observé dans le service de M. le Professeur Massabuau, opéré par M. le professeur Agrégé Guibal, que nous nous proposons d'étudier, dans la mesure de nos moyens, cette complication qui mérite une attention plus grande que celle qui lui a été accordée jusqu'à l'heure actuelle.

Nous nous baserons sur quelques observations trop rares et souvent incomplètes hélas, que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale française et étrangère et sur celle que nous devons à l'extrême obligeance de M. le Professeur Massabuau.

Le plan de notre travail comprend cinq chapitres :

Ier Chapitre : La Fréquence.

IIe Chapitre : Etiologie.

A) Hémorragies tenant à des causes locales.

B) Hémorragies tenant à des causes générales.

IIIe Chapitre : Anatomie pathologique.

IVe Chapitre : Etude clinique.

Ve Chapitre : Traitement.

## OBSERVATION

(due à l'obligeance de M. le Professeur MASSABUAU)

Bec... Louis, 45 ans, servant.

Vient de la clinique médicale de M. le Pr. Rimbaud, entre à la clinique chirurgicale de M. le Pr. Massabuaud, le 11 août 1941, avec le diagnostic d'ulcère pylorique.

*Histoire de la maladie.* — Depuis 1925, le malade se plaint de troubles digestifs survenant par crises durant 15 jours à 3 semaines, troubles caractérisés par :

— des douleurs à type de crampes et de brûlures, survenant tantôt immédiatement après le repas, tantôt deux heures après ; siégeant dans la région épigastrique et s'irradiant dans le dos ;

— des vomissements rares et peu abondants.

Le 10 juin 1940, a fait une perforation de son ulcus qui a été opéré à la Clinique mutualiste.

Les douleurs ont disparu pendant cinq mois qui ont suivi l'opération.

Au mois de novembre 1940, reprise des douleurs à peu près les mêmes que les précédentes.

Il y a un mois et demi, a eu, en dehors de toute crise, une hématomèse abondante, des selles noires, aspect marc de café.

Depuis trois semaines, le malade est hospitalisé dans le

service médical, a reçu de l'anthéma et de la Laroscorbine. Le moelena persiste et on fait passer le malade dans le service de chirurgie.

Actuellement, le malade se plaint de douleurs épigastriques, fait du moelena. Son état général est peu touché ; la température oscille entre 37° et 37° 5.

*Examen.* — Malade un peu amaigri, douleur à la pression dans la région pylorique, point de Mac Burney légèrement douloureux.

*Examen radiologique.* — Présence d'une certaine quantité de liquide de stase.

Aspect assez rigide de la partie terminale de la petite courbure ; contractions de faible intensité.

*Conclusions.* — L'examen permet de penser à une ulcération du bulbe duodénal et de la région pré-pylorique de la petite courbure.

*Examens de laboratoire.* — B. W. négatif.

Azotémie : 0 gr. 70.

*Numération globulaire :*

Nombre de globules rouges . . . . 3.640.003 par mm<sup>3</sup>

Nombre de globules blancs . . . . . 9.700 » » »

Taux de l'hémoglobine : 70 %.

Valeur globulaire : 0,96.

*Analyse d'urine.* — Pas d'albumine.

— Pas de glucose.

*Réintervention.* — Le 13 août 1941.

— Anesthésie: des splanchniques plus anesthésie locale de la paroi.

— Incision médiane xypho-ombilicale.

— Adhérences du bord inférieur du foie et de l'estomac à la paroi.

— Adhérences du foie à l'estomac.

— Sur la face antérieure de la région pré-pylorique : une masse très dure, cartonnée, de la forme d'une mandarine, adhérente très fortement au pancréas et à l'épiploon.

— Section de l'estomac de Von Petz, après ligature de la stomachique et de la pylorique.

— Gastro-entérostomie.

— Drainage.

*Examen de la pièce.* — Ulcère volumineux adhérent au pancréas ; suture intacte, l'enfouissement a bien tenu ; présence de fils de soie.

*Suites opératoires.* — Le 23 août 1941, complications pulmonaires : toux, nombreux râles bronchiques sur toute la plage pulmonaire.

*Traitement.* — Eucalyptine, ventouses scarifiées.

Le 16 septembre, le malade sort guéri.

Le 23 juin 1942 : le malade est revu, se porte bien, a bon appétit, pas de constipation, pas de vomissements, a grossi de 8 kilos depuis son intervention, malgré les restrictions.

---

## CHAPITRE PREMIER

### FREQUENCE DES HEMORRAGIES DES ULCERES PERFORES SUTURES

Les hémorragies signalées dans les suites opératoires des ulcères gastro-duodénaux perforés et traitées par la suture sont rares par rapport aux autres complications en chirurgie gastrique.

Le Professeur Hartmann, en 1923, présentait à la Société de Chirurgie de Paris, une statistique fort intéressante (puisqu'elle relatait les cas les plus disparates de perforations d'ulcères gastro-duodénaux traités par des chirurgiens différents) et portant sur 200 malades. Dans ces 200 cas, on relève des morts plus ou moins rapides, des incidents graves ou bénins dans les jours qui suivent l'opération, mais on ne retrouve signalé aucun cas d'hémorragie grave ayant mis en danger les jours des malades.

Dans les observations présentées à la Société de Chirurgie de Lyon, une seule, celle de M. Perrin, mentionne chez une malade, l'apparition au dixième jour d'un œdème d'ailleurs discret et qui n'eut pas de suite grave. (*Lyon Chirurgical* 1923, p. 670).

Les statistiques de Pierre Duval, sur 75 cas, de Finsler à Vienne, de Brutt, de Lauren d'Ulrich, de Von Eisel-

berg, ne comportent aucun cas d'hématémèse grave survenant dans les jours qui suivent l'intervention.

Ellsworth Eliot J. « *Annals of Surgery* », cité dans la thèse de Poix, Lyon, novembre 1929, a pu collectionner de nombreuses observations de perforation d'ulcère gastro-duodénal. C'est en étudiant les 977 cas publiés par ce chirurgien, qu'il a pu retrouver 41 cas d'hémorragie grave survenant dans les suites d'ulcères perforés, traités par la suture ou par suture et gastro-entérostomie.

Mayo, dans un travail très important, signale une mort par hémorragie, sans préciser un seul instant les caractères de cette hémorragie. Les nombreuses communications à la Société de Chirurgie de Paris au cours des années 1921, 22, 23, 24 ne signalent jamais cette complication.

Silhol, à Bruxelles, en rapporte un cas comme exceptionnel.

Polony ne la retrouve qu'une fois sur 11 cas (*Société Nationale de Chirurgie de Paris*, 1929. Rapport de A. Basset).

Mondor et Lauret, dans leur travail classique sur les ulcères gastro-duodénaux perforés, citent l'hémorragie comme une complication possible de l'évolution ultérieure de ces ulcères, mais n'apportent aucune observation.

Guillemet et Latreille, sur 44 cas qu'ils ont observé à la Clinique du Professeur Bérard ne signalent aucune communication semblable. (*Journal de Chirurgie*, mars 1929, p. 289).

Fernand, publiant des statistiques de la Clinique Kummer signale sur 55 cas d'ulcères perforés suturés 16 décès, dont un seul était dû à une hémorragie gastrique foudroyante survenue trois heures après l'opération. (*Revue de la Suisse Romande*, 25 février 1929, p. 75).

De Mourgues (Thèse, Lyon 1933), sur 194 observations d'ulcères perforés opérés au Service d'Urgence de l'Hôtel-

Dieu, de 1923 à 1933, ne constate, sur 55 observations des malades qui ont succombé des suites opératoires, que deux hémorragies (mœlena et hématémèse comme cause de la mort).

M. Monero-Tinajero, dans un article plus récent (*Archives Hospitalières*, avril 1936, p. 229) apporte différentes statistiques :

Calvet : 43 cas dont 40 sutures simples.

12 morts

15 malades revus

ne signale aucun cas d'hémorragie.

Sostegni : 38 cas

18 morts

15 malades revus

pas de complication hémorragique signalée.

Philipowicz : 12 cas sans mort

aucun cas d'hémorragie postopératoire.

Clavel et Corajod : 35 cas

pas de complications hémorragiques.

Moreno-Tinajero : 8 cas

signale un cas d'hémorragie.

Que conclure de cette recherche bibliographique ?

Un fait nous paraît très net : c'est la rareté réelle d'une telle complication.

## CHAPITRE DEUXIEME

### ETIOLOGIE

L'étiologie des hémorragies compliquant les ulcus perforés suturés, présente encore tant d'inconnues que c'est avec la plus extrême prudence qu'il faut aborder son étude. En effet, un certain nombre de facteurs paraissent influencer la fréquence de ces hémorragies.

Pour rendre ce travail plus clair, nous nous permettons de classer le résultat de nos recherches en deux grands paragraphes:

#### A) HÉMORRAGIES TENANT A DES CAUSES LOCALES

##### I. *L'état de la paroi gastrique*

###### a) *Vascularisation exagérée.*

Krecke considère que les ulcus ont une aptitude particulière à saigner. Or, il est un fait certain, c'est que dans l'ulcère, la vascularisation est toujours plus développée que normalement et qu'à la section, les tranches saignent d'une façon impressionnante.. Même à distance, dans toute la région sus-ombilicale, paraît exister un état de vaso-dilata-

tion très particulière. Au début d'une intervention, quand on vient d'inciser la peau, il est classique de dire: « Cela saigne beaucoup, c'est donc un ulcère ».

L'état de l'estomac a été signalé plusieurs fois dans les comptes-rendus opératoires: « L'estomac est très vasculaire, la paroi gastrique est sillonnée par des vaisseaux très dilatés et tortueux, animés de violents battements ».

#### b) *Septicité de la paroi gastrique.*

Pierre Duval et Stulz, Pierre Duval et Moutier à plusieurs reprises, ont montré à la Société de Chirurgie de Paris, le rôle important que jouait la septicité des parois gastriques dans l'évolution de l'ulcère de l'estomac perforé.

Dans une observation de Lefevre (p. 190 de la thèse de Jonchères) l'examen bactériologique a montré: « Au niveau de l'ulcère, une flore abondante, où prédomine un coccus Gram positif, en diplocoques, à courtes chaînettes, du type entérocoque. La culture donne la même flore que l'examen direct.

— Au pourtour de l'ulcère, sur la muqueuse, on trouve une flore microbienne discrète ».

Le tissu environnant est généralement fibreux, très induré et friable. Il est également le siège d'un processus inflammatoire. Parfois, les tuniques artérielles sont complètement désagrégées et l'on a l'impression qu'un sphacèle massif a été la cause de la perte de substance vasculaire.

« Certaines constatations prouvent que l'hémorragie post-opératoire peut provenir d'une réaction inflammatoire étendue de la muqueuse, véritable gastrite aiguë diffuse avec congestion diapédétique, érosions et ulcérations » (Pieri, *Riforma Medica*, 1928, n° 3).

De plus, certains signes cliniques notés dans les observa-

lions recueillies par nous dans la littérature (obs. de Bertrand, n° 2 et 3; de Moreno Tinajero, n° 7) vont nous permettre d'appuyer cette façon de voir. Chez plusieurs malades, avant l'apparition d'une hémorragie, on constate une élévation des battements cardiaques. Ce n'est pas la simple suture, pas même la gastro-entérostomie, qui viennent influencer la virulence de l'infection et on peut concevoir aisément que l'agent infectieux joue dans l'évolution même de l'ulcère perforé, traité chirurgicalement, un rôle particulièrement important.

## II. Influence du siège de l'ulcère

Le siège paraît avoir une assez grande importance dans l'apparition des hémorragies dans les suites opératoires.

### a) *Ulçère pylorique:*

Lorsqu'il existe une sténose pylorique, les lésions de la muqueuse dues à la stase peuvent, à la faveur des manipulations opératoires sur l'estomac, devenir le point de départ des hémorragies. Delore et Fayol ont déjà insisté sur ces hématémèses post-opératoires des grandes sténoses pyloriques dans leur travail sur « Les caractères morphologiques de l'estomac d'après le siège des lésions ». Cette altération muqueuse (congestion, piqueté hémorragique, exulcération) des estomacs nous explique certaines complications post-opératoires. Si les manipulations ou les tractions sur l'estomac sont trop brutales ou trop prolongées, la muqueuse suinte et l'hématémèse apparaît alors même que l'ulcération a été enlevée (*Revue de Chirurgie*, 1914, p. 2.297).

b) *Ulcère duodénal:*

Au duodénum, l'hémorragie comuliquant la suture de l'ulcus, s'explique par la vascularisation médiocre de la paroi, par la minceur des parois et du péritoine rendant la suture précaire. La circulation étant, de ce fait, gravement compromise, la muqueuse s'altère, se nécrose et s'élimine laissant des surfaces ulcérées.

III. *Ulcère récidivant ou persistance de l'ulcère*

Certains chirurgiens ont émis l'idée qu'un ulcus perforé était un ulcus guéri (Mayo). Or, il est un fait indéniable qu'un certain nombre d'opérés d'ulcère perforé restent guéris après cette intervention et n'éprouvent pas le moindre trouble, mais ils sont l'infime minorité. Dans l'immense majorité des cas, les malades sont repris après un temps plus ou moins long de nouveaux troubles gastriques. Un véritable cortège symptomatique d'ulcère fait son apparition. Les malades recommencent à souffrir; les crises douloureuses deviennent plus fréquentes, plus tenaces, s'accompagnant, suivant les cas, de vomissements, d'hémorragies, de fatigue générale et d'anémie.

J Duval, dans son article paru dans la « *Gazette Médicale de France* » avril 1939, intitulé: « Quel est l'avenir des malades opérés d'ulcère perforé? » apporte l'observation d'un homme âgé de 34 ans, opéré d'ulcère perforé de la petite courbure, au mois d'octobre 1931 (enfouissement simple). Au mois de novembre 1933, le malade recommence à souffrir, à vomir et à maigrir de 10 kilos.

La gastrectomie faite le 7 juillet 1935 a permis de constater un gros ulcère de la petite courbure (sur la même

place que le précédent) agglutiné entre le foie et le pancréas et la présence des fils non résorbés employés pour l'enfouissement. Gosset, Jouanneau et Allamand citent le cas d'un malade opéré d'ulcère perforé (suture et gastro-entérostomie); quatre mois après, le malade se plaignait de nouveau de crises douloureuses. Au cours d'une réintervention qui consista en une gastrectomie avec résection de l'anse jéjunale, on découvrit sous un voile transparent les fils de lin qui avaient servi à oblitérer la perforation. A peine eut-on incisé le voile séreux, que du liquide duodénal s'écoulait.

J. Duval, au cours de son article, se demande si c'est un nouvel ulcère qui s'est développé au même endroit ou simplement l'ancien qui ne s'est jamais cicatrisé complètement et qui après une période latente a repris son activité.

Pour Gosset, Jouanneau et Allamand c'est l'ancien ulcus mal cicatrisé qui, après une phase de silence, entrerait en activité nouvelle.

Dans les quelques observations que nous avons eu l'occasion de consulter pour l'élaboration de ce travail, nous avons constaté, dans la majorité des comptes-rendus opératoires, qu'à l'endroit même de l'ancienne perforation enfouie, on trouve, en examinant de près la pièce, un ulcère en pleine activité.

Il nous semble donc légitime de nous rallier à l'hypothèse émise par Gosset, Jouanneau et Allamand et considérer que la complication hémorragique post-opératoire qui nous intéresse peut avoir comme source la persistance de la maladie ulcéreuse, qui malgré l'intervention, n'a rien perdu de son intensité évolutive.

#### IV. *Coexistence d'un ulcère ignoré*

Certains auteurs (Ellsworth Eliot) semblent attacher une importance considérable à la présence d'un ulcère coexistant passé inaperçu à la première intervention; continuant sa lente et sournoise évolution, cet ulcère arriverait à ronger les parois d'un vaisseau plus ou moins important (Obs. de Bertrand, n° 2; de Silhol, n° 10).

#### V. *Rôle de la technique opératoire et du matériel de suture dans l'apparition des hémorragies*

L'enfouissement simple qui donne une sécurité suffisante quand les bords de la perforation sont souples, ne satisfait pas entièrement l'esprit quand elle siège au centre d'une zone indurée, épaisse, friable, souvent très étendue. Les fils coupent, les sutures paraissent précaires malgré l'appoint de l'épiplooplastie.

Souvent, même après une suture bien faite, une infection secondaire peut déterminer un suintement sanguin, voire l'érosion d'une artériole sur la ligne de suture. Ceci se verrait dans les cas de sutures trop serrées qui déterminent une zone de sphacèle et une ulcération de la muqueuse gastrique, se cicatrisant seulement par seconde intention.

D'après certains auteurs, l'hémorragie serait plus fréquente après l'emploi de certaines techniques de suture; le procédé qui consiste à ne pas suturer toute l'épaisseur de la muqueuse et à affronter seulement, par suture des tuniques sus-jacentes, les lèvres muqueuses sans les enserrer dans un surjet, serait particulièrement néfaste.

Enfin, l'emploi de clamps a été aussi critiqué comme facteur d'hémorragie post-opératoire. Cet instrument infiniment précieux en chirurgie digestive, car il permet d'opérer proprement et sans être aveuglé par le sang, appliqué trop brutalement risquerait de déterminer des échy-moses, des fissures de la muqueuse et des altérations des muscles lisses des parois. Le souci d'éviter tout traumatisme n'ira tout de même pas jusqu'à proscrire l'emploi des clamps, à condition, bien entendu, qu'ils soient à mors longs, souples et qu'on ait soin de les manier avec prudence et de ne les serrer que le moins possible.

De plus, les clamps étant placés, on ne voit pas, en cou-sant, les vaisseaux pariétaux qui saignent; on risque, c'est exceptionnel, mais possible, de voir l'un d'entre eux saigner dans l'estomac après ablation des clamps, sans qu'on puisse vérifier la perfection de l'hémostase.

La question du matériel de suture employé dans les opérations sur l'estomac a préoccupé depuis longtemps tous les chirurgiens. Déjà, en 1909, Roogen attribue une importance aux fils non résorbables dans la production des hémorragies post-opératoires et dans la pathogénie des ulcères peptiques (*Arch. sur Kün. Chir.*, 1909, T. XCI, p. 381).

La question a été discutée avec des avis différents à la Société de Chirurgie en 1913 par Delbet, Cuneo, Tuffier, Walther et Ricard.

Depuis cette discussion, la plupart des chirurgiens ont eu l'occasion de faire beaucoup de chirurgie gastrique et leur manière de voir s'est modifiée.

« Pour ma part, j'ai modifié la mienne », dit Gosset, dans son rapport du 14 janvier 1929 au Congrès de Chirurgie, et « je crois que l'emploi de fils non résorbables, aussi bien le fil de lin que de soie, pour les opérations sur l'estomac, doit être évité ».

À l'appui de cette opinion, l'auteur apporte deux cas: l'un d'un malade opéré par lui-même et où la présence du fil de soie causait de l'irritation, l'autre d'un malade opéré en Allemagne et chez lequel l'ulcération s'était produite. Chez ce deuxième malade, après une réintervention, pour installer une nouvelle bouche de gastro-entérostomie, les suites opératoires parurent très simples, lorsque le sixième jour, il succomba après deux hématomésès extrêmement abondantes.

« L'autopsie montra que l'intestin contenait une grande quantité de sang, l'hémorragie avait donc bien été la cause de la mort. Cette hémorragie provenait sans doute d'un ulcère qui siégeait sur la face postérieure de l'antra pylo-rique, ulcère qui se présentait perforé, avec une anse de soie l'entourant à la manière d'un surjet de bourse. Cet ulcère avait, semble-t-il, été suturé en Allemagne à la soie et le fil persistait quatorze mois après, au niveau de l'ulcère. »

Quelle que soit la nature de l'opération effectuée, quelle que soit l'explication de cette hémorragie, voilà un cas dans lequel, au cours d'une réintervention, l'on constata un ulcère perforant qui s'est développé au niveau du fil de soie qui était là depuis plus d'un an.

Borszeky, dans « Zentralblatt für Chirurgie » février 1926, rapporte le cas d'un malade opéré par lui pour un ulcère perforé. Deux ans après l'intervention: apparition d'une complication hémorragique. Au cours de la réintervention, il constata la présence de fragments de fils de soie employés pour suturer la première perforation.

Schwartz, en 1929, incrimine les fils non résorbables dans la production des hémorragies gastriques à cause de l'infection qu'ils favorisent.

La question a été reprise par Gosset dans son rapport au Congrès de Chirurgie de 1931. A l'appui de ses théories

précédemment émises à ce sujet, sont venus s'ajouter des faits expérimentaux (expérience de Dubourg sur le tube digestif d'un animal) démontrant que: « les sutures aux fils résorbables sont manifestement moins infectées que les sutures aux fils non résorbables, tout en n'étant pas plus fragiles ».

Les observations de notre maître, M. le professeur Massabau, de Capette (Obs. n° 4) et de Okinczyc (Obs. n° 8), semblent montrer que ces fils non résorbables peuvent être à l'origine d'une hémorragie, soit en favorisant la production d'un nouvel ulcère, soit en entretenant au niveau de la paroi gastrique, un état d'inflammation persistante, une véritable gastrite avec son cortège symptomatique habituel, dont les hématomés.

En présence de ces faits, quelle conclusion pouvons-nous tirer?

Il ne nous semble pas abusif d'insister sur la corrélation qui existe entre les complications hémorragiques et la présence de fils non résorbables employés lors de la première intervention et siégeant en pleine lésion. Aussi, est-il logique d'employer les catguts, c'est l'avis de M. Robineau. Il s'est rallié aux fils résorbables, puisque l'expérimentation en a montré les avantages, ceci aussi bien en chirurgie gastrique qu'intestinale.

## B) HÉMORRAGIES TENANT A DES CAUSES GÉNÉRALES OU EXTRA-GASTRIQUES

### I. *Influence des organes de voisinage*

L'estomac occupe, au point de vue circulatoire, une situation étrange. Certes, il a une artère propre: la coronaire stomachique, mais la plupart de ses vaisseaux sont empruntés aux organes voisins:

à la rate: les vaisseaux courts et la gastro-épiploïque gauche,

au foie: la pylorique,

au pancréas: la gastro-épiploïque droite.

La circulation gastrique est ainsi placée « en dérivation » sur celle des glandes volumineuses de voisinage. Il n'est pas étonnant que la maladie de ces glandes: rate, foie, pancréas, retentisse rapidement sur l'estomac par voie circulatoire et détermine d'importantes modifications de la muqueuse gastrique. Ces lésions peuvent se traduire au niveau de l'estomac par de véritables hémorragies et reconnaissent diverses pathogénies:

L'hypertension de la circulation portale (cirrhose, thrombose des veines, qui vont de l'estomac à la veine porte) peut provoquer des hémorragies.

## II. Influence des affections générales

La gastrite secondaire aux infections générales, aux intoxications (maladies infectieuses, urémie, syndrome toxique des brûlures graves) a trouvé son explication dans les travaux de J. Courmont et de Doyon. L'injection de toxines, de bactéries, dans le torrent circulatoire, reproduit des érosions hémorragiques de la muqueuse gastrique et duodénale qui caractérisent cette affection.

## III. Troubles de l'hémostase spontanée

Les troubles de la crase sanguine observés dans l'hémophilie, l'hémogénie, l'insuffisance hépatique, causent des hématémèses par un mécanisme semblable à celui qui déclenche, dans ces maladies, des hémorragies en des points multiples de l'organisme,

Enfin, pour Krabbel, certaines hémorragies tardives reposeraient sur une « prédisposition hémorragique » augmentée par une diminution constitutionnelle du pouvoir coagulant (Thrombopénie).

## CHAPITRE TROISIEME

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique nous renseigne :

- sur la possibilité d'ulcération vasculaire par la persistance ou la reviviscence d'un ulcus;
- sur l'hémorragie en nappe sans ulcération des vaisseaux visible macroscopiquement;
- sur l'hémorragie d'origine infectieuse.

Dans le premier cas, l'aspect macroscopique et microscopique est celui de tous les ulcus; au centre du cratère, on trouve la source de l'hémorragie, l'artère érodée (Obs. de Silhol, n° 10).

Quant à sa nature, le plus souvent, il s'agit de l'artère coronaire stomachique, puis par ordre de fréquence viennent la splénique, la gastro-duodénale, la pancréatico-duodénale, la pylorique, la pancréatique et l'artère splénique.

« Il existerait quatre types d'érosion artérielle :

1° *L'érosion latérale*, perte de substance ovalaire de la paroi artérielle. Ses bords sont nets, comme taillés à l'emporte-pièce. Toutes les tuniques ont disparu à la fois. La disparition de l'intima s'étend souvent jusque sur la portion restée intacte du vaisseau et sur un court segment en amont ou en aval. L'artère est béante et n'a pas tendance

à se fermer, d'autant plus que la persistance d'une de ses parois l'empêche de se recroqueviller sur elle-même.

2° *La section complète de l'artère*, dont deux bouts sont béants. Ces deux bouts restent souvent libres sur une certaine étendue. Là encore, l'artère ne put revenir sur elle-même et se contracte, car elle est maintenue ouverte par la rigidité du tissu lardacé qui l'entoure.

3° *L'érosion vasculaire multiple*, en pomme d'arrosoir. L'ulcus a intéressé le point de division d'une artère et l'on peut trouver ainsi, trois, quatre, six orifices vasculaires béants. Ce type serait plus fréquent au niveau de la coronaire stomachique alors que l'érosion latérale et la section artérielle complète se rencontrent plus volontiers sur la gastro-duodénale et la pancréatico-duodénale.

4° Enfin, exceptionnellement, la rupture pourrait siéger sur une dilatation sacciforme anévrysmale de l'artère. »

Dans le deuxième cas, ce n'est pas la lésion causale qui est la source de l'hémorragie, ce sont les tuniques gastriques: c'est la muqueuse de l'estomac qui saigne. Sur la pièce, la muqueuse est boursoufflée, rouge. La lésion aboutit souvent à l'exulcération (Obs. de M. Tinajero, n° 7). Il suffit, parfois, de gratter la muqueuse avec la pulpe du doigt et le saignement survient. De cet état de la muqueuse stomacale, relèvent bien des moelénas et des hématémèses marc de café.

Il semblerait, cependant, que pour déterminer une hémorragie notable, la stase est insuffisante; il faut que l'infection vienne se surajouter et c'est ce qui se trouve réalisé dans le troisième cas. Macroscopiquement, les lésions semblent limitées à la muqueuse, celle-ci est rouge, violacée, tomenteuse, un peu granitée. Cet état peut être étendu à toute la muqueuse gastrique. Sur ce fond inflammatoire, on aperçoit des piquetés hémorragiques dus à des extrava-

sions sanguines et parfois à des thromboses vasculaires, on voit ainsi des exulcérations, des pertes de substance ne dépassant guère en profondeur la muscularis mucosae. Les lésions peuvent cependant dépasser la muqueuse en profondeur: l'œdème des tuniques gastriques est habituel; la vaso-dilatation fait saigner abondamment la paroi gastrique incisée. Cette vaso-dilatation peut dessiner en rouge vif les arborisations vasculaires du réseau sous-séreux. Microscopiquement, les lésions sont plus ou moins accusées; congestion, œdème, infiltration leucocytaire abondante, foyer de nécrose aboutissant à des destructions locales des muqueuses, voilà les principales modifications rencontrées dans ce dernier cas.

---

## CHAPITRE QUATRIEME

### ETUDE CLINIQUE

*La symptomatologie de ces hémorragies survenant dans les suites opératoires des ulcères gastro-duodénaux perforés n'offre pas une unité absolue.*

Il ne faut pas considérer comme une hémorragie le rejet post-opératoire de quelques gorgées de sang noir. Il s'agit là du sang, qui au cours de l'intervention, a coulé des tranches de section dans la cavité gastrique. Ces hématémèses ont pour caractère principal de n'être pas alarmantes; le pouls reste normal, la température n'est aucunement influencée. Le malade peut présenter aussi des petits mœlénas. Le plus souvent, tout rentre dans l'ordre et le malade s'achemine peu à peu vers la guérison, que cet incident n'a en rien retardé.

Hémorragies post-opératoires retardées : un intervalle libre sépare l'acte opératoire de l'hémorragie. Le plus souvent, c'est du septième jour au vingt-et-unième jour que l'hémorragie grave est à craindre. Deux signes objectifs ont une grande importance: c'est l'accélération du pouls avant l'hémorragie et l'élévation de la température. Ces deux signes peuvent faire prévoir dans un avenir très proche une hémorragie secondaire par infection de la cavité gastrique.

Un troisième symptôme de grande valeur, mais moins fréquent et plus difficile à constater est le mœlena. Il apparaît la veille ou l'avant-veille de l'hématémèse grave; il est d'abondance variable. Le plus souvent, dès le début des accidents il s'agit de mœlena discret qu'il faut penser à chercher et ayant une valeur diagnostique considérable. Parfois, au contraire, son abondance est telle, qu'elle représente le symptôme majeur, il précède alors de quelques heures seulement l'extériorisation du sang par la bouche. Quoiqu'il en soit, ces mœlenas, pour avoir une valeur diagnostique certaine, doivent être tardifs et l'on ne saurait prendre pour prodromiques d'une hématémèse grave prochaine les émissions sanguines intestinales qui suivent presque régulièrement l'intervention. Il faut, de plus, qu'ils entrent dans le tableau général, ajoutés à l'accélération du pouls et à l'élévation de la température.

Pris séparément, les trois signes que nous venons de détailler n'ont aucune spécificité, mais lorsqu'ils sont associés, ils se renforcent mutuellement dans une proportion considérable et forment des bons symptômes avant-coureurs d'une complication hémorragique redoutable.

Les phénomènes subjectifs sont réduits au minimum: le malade n'accuse aucun symptôme particulier.

Habituellement, "hématémèse apparaît brusquement, sans cause apparente. Parfois, cependant, c'est dans les heures qui suivent l'ingestion d'aliments ou de boissons.

Cette hémorragie se présente habituellement sous deux aspects cliniques différents: tantôt elle est fractionnée et répétée à plusieurs heures d'intervalle, tantôt l'écoulement du sang est brutal, abondant, sans arrêt, évoluant rapidement vers une issue fatale si l'on n'intervient pas.

Quels sont les caractères cliniques de cette hématémèse?

Ce peut être un rejet de sang noir mêlé de liquide d'hyper-

secrétion gastrique et des caillots en voie de putréfaction: il s'agit alors d'une hémorragie par stase. L'estomac distendu clapote sous la paroi.

Ce peut être, et c'est le cas le plus fréquent, un rejet de sang rouge, rutilant, aéré, sans caillot, non encore digéré par le suc gastrique, mêlé à des débris alimentaires: c'est alors une hémorragie par ulcération vasculaire. Le malade le rejette généralement sans autre effort que celui de vomissement. Parfois, une salivation abondante à goût métallique caractéristique, précède l'émission sanguine. A signaler l'hémorragie de stase non extériorisée (pouls rapide, pâleur, faciès anxieux), l'estomac distendu se dessine sous la paroi.

Les signes cliniques sont ceux d'une hémorragie interne. Le malade, aussi bien portant que possible dans les heures qui précède, change brusquement d'aspect. Il devient d'une pâleur cireuse, les lèvres sont décolorées, les conjonctives exangues. Il est dyspnéique, sans force; le pouls devient petit, rapide, filant. La répétition de telles hémorragies entraîne un état lipothymique accusé. Enfin, par un examen complet du malade, on doit rechercher les signes concomitants d'hémorragie intra-péritonéale.

L'évolution spontanée d'une telle hémorragie aboutit rarement à la guérison. Les signes qui permettent de prévoir l'issue fatale de l'affection sont: l'abondance et la répétition des hémorragies, la microsphymie, la chute de la tension artérielle et l'état syncopal.

Si le diagnostic est facile au moment de l'émission sanguine, il est difficile à porter à la période des prodromes.

Après le premier lever, on constate une accélération du pouls et une élévation de température. On peut constater ces mêmes symptômes comme signes de début d'une *phlébite*, complication rare après ces sortes d'intervention. Enfin,

il ne faut pas oublier que *l'infarctus pulmonaire* donne, au début, une accélération du pouls et une élévation thermique.

Un symptôme aurait la plus grande importance lorsqu'il est associé aux deux précédents: c'est le *mœlena*. Son apparition aiguille l'esprit vers un accident hémorragique digestif qui peut avoir une extrême gravité.

En résumé, les hémorragies qui compliquent la suture des ulcères perforés sont tardives et souvent précédées d'accélération du pouls, d'élévation de température, de *mœlena*. Généralement, l'hématémèse est brutale, abondante, d'un seul jet.

Parfois, cependant, elle est fractionnée, répétée, entraînant des symptômes d'anémie grave, progressive qui, dans la plupart des cas, malgré un traitement médical, emportera le malade très rapidement. Il s'agit donc d'une complication grave dont le diagnostic est facile devant une hématémèse, mais qui demeure néanmoins très délicate à prévoir d'une manière absolue, car elle est d'une extrême rareté.

---

## OBSERVATIONS RECEUILLIES DANS LA LITTÉRATURE

OBSERVATION I, de A. Basset (*Soc. Nationale de Chirurgie*, 13 février 1924).

M. X... médecin, opéré il y a trois ans d'une grosse perforation de l'angle de la première et de la deuxième portion du duodénum.

Thermocautérisation et suture. Guérison.

Trois mois après, le malade qui allait très bien, fait un mœlena peu abondant mais très net.

*Réintervention.* — On tombe sur un bloc considérable d'adhérences sur le canal duodéno-pylorique.

On se borne à faire une gastro-entérostomie.

Actuellement, trois ans après la première opération, ce confrère se porte parfaitement bien.

OBSERVATION II, de René Bertrand (*Lyon Chirurgie*, août 1929).

An... Baptiste, 30 ans, voiturier.

Passé gastrique remontant à 5 ans. Ethylisme certain et avoué; évolution par crises douloureuses avec périodes de rémission une ou deux heures après les repas, calmées par vomissements provoqués. Ni mœlena, ni hématomèse. Régime depuis quatre ans; ne souffre plus depuis un an.

Le 18 janvier 1929, brusquement, quatre heures et demi après le repas, douleur violente, brutale, soudaine en « coup de poignard » immobilisant le malade.

*Intervention:* opéré d'urgence à la 5<sup>e</sup> heure.

A cause de la contracture plus marquée dans la fosse iliaque droite: incision de Mac Burney qui montra l'intégrité absolue de l'appendice, la présence d'un abondant liquide glaireux et louche; drain dans le Douglas.

Laparotomie sus-ombilicale médiane: existence, au niveau de la face antérieure du pylore, sur le versant gastrique, d'une énorme perforation de la dimension d'une pièce de un franc.

Enfouissement très difficile sous une double bourse à la soie. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay. Drain au contact de l'enfouissement.

*Suites opératoires:* excellentes au début.

Au neuvième jour: violent point de côté à gauche, ascension de la température à 38°5, 39°, pouls à 130, crachats hémoptoïques.

Malgré la défense qui lui en a été faite, le malade a fumé, il a mangé et bu du champagne.

Le 10<sup>e</sup> jour: mœlena extrêmement abondant.

Les trois jours suivants le mœlena se reproduisit, le malade présentait tous les signes d'hémorragie interne, lipothymie, pâleur, pouls petit.

Le 30 janvier, le malade mourut après avoir eu une selle noirâtre contenant environ un litre de liquide sanglant.

*Nécropsie.* — Opposition.

On prélève cependant l'estomac qui permet de constater la présence de deux ulcus, l'un au niveau de la région pré-pylorique, l'autre au niveau de la petite courbure cicatrisée et bien obturé. L'enfouissement a bien tenu. Pas de lésion péritonéale.

### OBSERVATION III (R. Bertrand)

Lim... Romano, 30 ans, mécanicien.

Aucun passé gastrique. Ethylisme certain et avoué.

Le 18 janvier 1929 fut pris brusquement d'une violente douleur transfixiante dans la région épigastrique, 4 heures après son repas de midi.

*Intervention.* — Anesthésie générale à l'éther; laparotomie sus-ombilicale médiane: présence d'une perforation lenticulaire sur la face antérieure du pylore sur le versant gastrique. Enfouissement facile sous deux bourses à la soie. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay. Drain dans le Douglas par une incision sus-pubienne.

*Suites opératoires:* Apparition de complications broncho-pulmonaires pendant les huit premiers jours. Température à 39° le 27 janvier. Tout alla bien durant quelques jours. Le 4 février, soit 17 jours après l'opération: accélération du pouls, température restant normale. Apparition de sang dans les selles.

Le 6 février: la température s'élève à 38°, le pouls à 100, le malade a eu une nouvelle selle sanglante extrêmement abondante, remplissant deux bassines.

Etat général inquiétant, pâleur extrême, muqueuses décolorées.  
Transfusion de 200 cc. de sang.

*Nouvelle intervention* le 7 février.

Anesthésie locale; laparotomie sus-ombilicale médiane passant par l'ancienne cicatrice.

Gastro-pylorectomie: section gastrique passant par deux centimètres à droite de la bouche de gastro-entérostomie. Fermeture de la paroi très satisfaisante. Le duodénum est enfoui sous trois plans. Drain au contact du moignon duodénal.

*Suites opératoires:* Vomissements et ballonnement abdominal cé-  
dant au lavage de l'estomac au sérum.

Température entre 37°5 à 38°.

Les hémorragies gastriques avaient entièrement cessé.

Neuvième jour: apparition d'une fistule duodénale.

Traitement par l'insuline. 15 unités par jour.

La température baisse progressivement, l'état local et général s'améliorent. La fistule se tarit progressivement.

Malade revu le 15 mai 1929, état général excellent, bonne diges-  
tion, pas de vomissements.

*Examen de la pièce opératoire:* Existence d'un ulcère situé au ni-  
veau de la petite courbure à un centimètre du pylore. La dissection  
attentive ne permit pas de déceler une lésion artérielle importante.

OBSERVATION IV, de G. Bizard et Malatray (*Echo Médical du Nord*)

N... Segond, 35 ans.

Gros passé dyspeptique.

Le 12 mai 1932: opéré d'un ulcère calleux du duodénum.

*Intervention:* laparotomie médiane sus-ombilicale. Enfouissement  
de la perforation.

Drain dans le Douglas.

*Suites opératoires:* Décédé le même jour vers 23 heures en plein  
choc avec hématoméso importante.

OBSERVATION V, de K. Borszaky, Budapest (*Zentralblatt für Chirurgie*, 6 février 1926).

Joseph B..., 28 ans, travailleur.

Le 5 mai 1923, subitement s'évanouit à la suite d'une douleur vio-  
lente dans la région épigastrique.

*Intervention:* Laparotomie médiane sus-ombilicale; existence d'un  
ulcère duodénal perforé avec péritonite généralisée. Suture jéjuno-

stomique; cavité abdominale desséchée par tamponnement. Drain sous-phrénique.

*Suites opératoires:* Excellentes.

Le malade guérit; la fistule de la jéjunostomie se ferme.

Le 13 mai 1925, au matin, réveillé brusquement par une très violente douleur gastrique, accompagnée d'hématémèses abondantes et répétées.

*Réintervention:* A la sixième heure. Anesthésie à l'éther. Incision horizontale au niveau de l'ombilic à cause d'une supposition de très larges adhérences. Libération très difficile de l'estomac; ulcère de la face antérieure du duodénum, au milieu d'un tissu cicatriciel, de la grosseur d'une lentille.

Suture, jéjunostomie et tamponnement; présence de fragments de fils de soie employés pour suturer la première perforation.

*Suites opératoires:* très bonnes. Le malade quitte l'hôpital le 15 juillet guéri. Revu sept mois après l'opération, se porte très bien.

OBSERVATION VI, de Capette et Pelle. Rennes. (*Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, février 1937).

M. M., X., 60 ans.

Vieux passé gastrique.

Le 18 juin 1930, envoyé par son médecin à l'hôpital pour une appendicite perforante. Diagnostic facilement rectifié grâce aux symptômes présentés par le malade.

*Intervention:* A la onzième heure, après le début des accidents. Perforation large au centre d'une zone indurée occupant tout le versant duodénal du pylore et la première portion du duodénum, le tout collant au foie. Difficulté très grande pour fermer la brèche. Un drain dans le Douglas.

*Suites opératoires:* Guérison sans incidents appréciables.

Revu quelques mois après, puis l'année suivante, n'accuse aucun trouble gastrique, se trouve bien, refuse toute nouvelle opération.

Quatre ans après, apparaissent quelques malaises, le malade n'a plus d'appétit, maigrit et se plaint de douleurs apparaissant trois à quatre heures après le repas.

Le 16 août 1934, une hématurie abondante, accompagnée d'une douleur atroce dans la région épigastrique.

*Réintervention* à la deuxième heure.

Perforation arrondie de un centimètre de diamètre siégeant sur la face antérieure du duodéno-pylore et au centre d'une zone cartonnée rigide.

Présence d'un morceau de fil de lin enchâssé dans la paroi. Enfoncement: deux plans de suture.

Epiplooplastie.

*Suites opératoires:* immédiates, bonnes.

Au sixième jour: complications pulmonaires graves; au neuvième jour: mort.

OBSERVATION VII, de Manuel Tinojero (*Arch. Hospitalier*, avril 1936)

H... Victor, 44 ans.

Histoire d'ulcus gastrique remontant à plusieurs années: douleurs rythmées par le repas, vomissements; deux hématémèses dans le passé.

Le 18 mai 1935, perforation d'ulcère vue à la sixième heure.

*Intervention:* Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Liquide abondant; gros ulcus calleux de la petite courbure, empiétant sur la face postérieure. Perforation antérieure de un cm. de diamètre. Fermeture de la brèche par trois surjets au lin. Paroi en un plan au bronze.

*Suites opératoires:* Normales, encore que l'état général soit assez faible. Le 21 juin, le malade revient; a eu une grosse hématémèse et se plaint de crises douloureuses intenses. Température à 38°5, 39°.

Malgré le repos au lit et la diète, fait encore deux hématémèses. On fait deux transfusions de 300 grammes et de la vaccinothérapie. On décide de réintervenir.

*Réintervention* le 2 juillet: Anesthésie: scopomorphine régionale. Laparotomie sus-ombilicale: estomac entouré d'adhérences laches; grosse induration au niveau de la cicatrice. Gastrectomie très large: Polya transmésocolique.

Paroi en un plan au bronze.

*Examen de la pièce:* Au niveau de la cicatrice une ulcération d'aspect inflammatoire.

*Suites opératoires:* Normales au point de vue gastrique. Une suppuration pariétale retient le malade à l'hôpital jusqu'à fin août.

Parti en bon état.

OBSERVATION VIII, de Okinczyc (*Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, février 1939).

M. X...

Le 11 octobre 1938 entre d'urgence dans le service pour une perforation d'un ulcère de la petite courbure.

*Intervention:* simple suture de la perforation par trois fils de lin.

*Suites opératoires:* Assez simples au début.

Le 29 octobre 1938, une hématomérose très abondante avec mœlena. Après quelques heures d'inquiétude et de qui-vive l'hémorragie s'arrête; peu à peu le malade se rétablit, quitte l'hôpital.

Au mois de janvier 1939, revient pour subir une gastrectomie. Celle-ci est pratiquée le 13 janvier.

Le malade est sorti guéri le 29 janvier.

*Examen de la pièce:* Cicatrisation parfaite de l'ulcère. Sa place est marquée du côté endo-gastrique par un dernier fil de lin en voie d'élimination.

OBSERVATION IX, de Polony (*Bulletin et Mémoire Société de Chirurgie de Paris*, 2 février 1929).

Mme M..., 45 ans, vieux passé gastrique depuis 20 ans.

Le 13 avril 1926 à 8 heures, douleur en coup de poignard au niveau du creux épigastrique; vomissements continus hyperacides. Défense généralisée.

Adressée à la clinique avec le diagnostic d'ulcère perforé.

*Intervention:* opérée à la 21<sup>e</sup> heure.

Laparotomie: épanchement citrin généralisé, enfouissement facile en trois plans d'un ulcus pré-pylorique; drainage sous-hépatique et du Douglas par boutonnières sous-ombilicales; ablation des drains le quatrième jour.

*Suites opératoires:* simples; lever le 13<sup>e</sup> jour.

Le 15<sup>e</sup> jour, veille du départ de la clinique, hématomérose foudroyante. Transfusion à effet fugace. Mort en deux heures.

OBSERVATION X, de Silhol (*Arch. franco-belges de Chirurgie*, 1924.  
Rapport sur un travail de Y. Bourde de Bruxelles).

G..., Alphonse, 48 ans, journalier.

Le 3 décembre, vu par un médecin qui l'envoie à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic probable d'ulcus gastrique en évolution.

Long passé dyspeptique.

Actuellement: crises douloureuses survenant après le repas, point douloureux épigastrique très marqué.

A la radio: ulcère de la petite courbure.

Le 5 décembre: le malade ressent une violente douleur dans la région épigastrique; pouls à 130; ventre absolument rigide « de bois ». Facies profondément angoissé. Diagnostic: ulcère perforé.

*Intervention:* Trois heures et demie après le début des symptômes.

Anesthésie à l'Ombredanne.

Laparotomie médiane sus-ombilicale: résection discutée mais impossible à entreprendre, car la callosité se trouve trop haut située sur le cardia.

Suture: oblitération de la brèche par points séparés, surjet séro-séreux recouvrant la première suture.

Epiplooplastie. Pas de gastro-entérostomie.

Suites opératoires: simples au début, apyrexie complète, ventre souple, selles le troisième jour.

Le quatrième jour, alimentation liquide: lait, bouillon. Le cinquième jour, au matin, le malade en voulant s'asseoir sur son lit, vomit brusquement une quantité impressionnante de sang rutilant, s'affaisse et ne tarde pas à succomber.

*Examen de la pièce:* gros estomac, suture intacte.

L'estomac rempli de sang. Un doigt en avant de la petite courbure, on trouve un ulcus de la dimension d'une pièce de 50 centimètres avec au fond le vaisseau qui a saigné.

---

## CHAPITRE CINQUIEME

### TRAITEMENT

Voir mourir son malade d'hématémèse dans les jours qui suivent l'opération pour perforation d'ulcère est, pour un chirurgien, un spectacle des plus pénibles. Alors que tout s'annonçait bien, que le malade reprenait ses forces, que son pouls devenait plus régulier, moins rapide, son ventre plus souple, que déjà les boissons ont été permises, une complication redoutable est apparue: un vomissement de sang.

Et l'on conçoit alors l'inquiétude du chirurgien lorsqu'en présence d'un malade faible, encore sous l'effet du choc, il doit poser une indication thérapeutique, souvent osée, toujours grave: tenter de sauver une fois de plus son malade.

Sans une intervention rapide, ce sera l'échéance inexorable d'une telle complication.

Le traitement médical paraît illusoire, mais il ne faut pas le négliger, car dans certains cas il peut être d'un secours appréciable.

#### *I. Traitement médical*

Le repos doit être absolu; le malade étendu sur son lit, réchauffé par des bouillottes, la tête placée légèrement bas; on prendra la précaution de mettre de la glace sur le

ventre et, au besoin, d'en faire sucer quelques morceaux au malade.

Toute la thérapeutique hémostatique doit être mise en jeu. On fera :

- Du *sérum de cheval* : soit par la bouche, soit en injections sous-cutanées ou intra-musculaires ;
- De l'*anthema* en injections sous-cutanées ;
- Du *chlorure de calcium*, sous forme de potion et mieux encore en injections intra-veineuses ;
- De l'*ergotine* ou de la *pitutrine* en injections sous-cutanées ;
- Du *sérum gélatiné intra-veineux* ou enfin, du citrate de soude en injections intra-veineuses.

Le *lavage d'estomac* sera-t-il indiqué ? Nous pensons qu'on pourra le pratiquer dans les hémorragies de stase, dans les hémorragies par gastrite. Cependant, il doit être fait avec beaucoup de douceur et de précaution. L'eau du lavage sera stérile, tiède, le lavage lui-même sera fait à faible pression.

Il y a une autre méthode sur laquelle nous devons insister : c'est la *transfusion sanguine*, employée dans un but hémostatique. Cette action a pu, à maintes reprises, être employée en chirurgie d'urgence. De nombreux succès ont de la sorte été inscrits à l'actif de la transfusion.

Chez un des malades de l'observation de Bertrand (Obs. 3), une transfusion de 100 cm<sup>3</sup> semble avoir relevé l'état général sans arrêter l'hémorragie.

Polony signale dans l'observation n° 9 que nous rapportons : « Une transfusion à effet fugace, mort en deux heures. » Des détails nous manquent, certes, pour tirer une conclusion précise de ce fait.

Néanmoins, cette méthode reconnue insuffisante en elle-même, doit à tous prix être tentée avant de conduire le

malade à la salle d'opération, car elle a le grand mérite de remonter l'état général du malade en lui apportant des matériaux et lui permet, de ce fait, de supporter dans de meilleures conditions une nouvelle intervention.

Ayant ainsi épuisé, le plus souvent sans succès, les moyens médicaux, qu'est-ce qui nous reste à faire?

## II. *Traitement chirurgical*

Un principe essentiel s'avère, nous semble-t-il, évident à première vue: pour arrêter l'hémorragie, il faut supprimer la surface gastrique qui saigne. C'est, évidemment, la zone qui correspond à l'ulcère, et de ce fait, la gastro-pylorectomie se pose comme l'intervention de choix pour l'excision des ulcères perforés suturés siégeant au niveau du pylore et qui saignent.

Mais l'ulcère ne siège pas fatalement sur la région pylorique seule. Ce cas, bien que rare, est rapporté plusieurs fois. S'il y a possibilité de faire une gastrectomie partielle, il semble qu'elle doit être tentée devant la gravité de l'hémorragie; l'hésitation n'est pas permise et l'opération doit être aussi radicale que possible. L'intervention chirurgicale, sous forme de gastro-pylorectomie, nous paraît seule capable de sauver l'opéré.

### SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

Il faut mettre du côté du chirurgien le maximum de chances de réussite. Le premier soin sera donc de remonter le malade; il faut ici faire appel à tous les stimulants diffusibles qu'on peut avoir sous la main: *éther*, *huile camphrée*, *caféine*, *strychnine*; le *sérum artificiel* sera mis en œuvre

pour que le malade puisse supporter l'intervention sans trop de risques.

De toutes ces méthodes, dont l'activité est indéniable, la meilleure reste à notre avis, *la transfusion sanguine*, car même à faible dose elle augmente d'une façon appréciable les chances de réussite.

Les soins pré-opératoires acquièrent donc, à nos yeux, une grande importance. Ce n'est que lorsqu'ils auront été suivis point par point, que le chirurgien pourra, sans trop de crainte, commencer à intervenir.

### ANESTHÉSIE

Il ne saurait être question de pratiquer une anesthésie générale. Les forces précaires du malade ne semblent pas l'autoriser. De plus, on note une différence considérable dans les suites opératoires qui sont autrement plus simples après l'anesthésie locale qu'après l'anesthésie générale.

Pendant l'acte opératoire lui-même, le silence abdominal le plus complet permet au chirurgien d'examiner la région suspectée avec toute la minutie nécessaire; la fermeture de la paroi ne présente pas la moindre difficulté, l'opérateur n'étant pas gêné par l'extériorisation des viscères.

En ayant recours à l'anesthésie locale, on évite d'ajouter le choc anesthésique au malade, déjà profondément choqué par son affection.

L'anesthésie locale trouve donc ici une indication de choix. Elle sera faite avec la plus petite quantité possible d'anesthésique pour éviter tout danger d'intoxication.

## SOINS POST-OPÉRATOIRES

Il nous paraît légitime d'insister sur la valeur des soins post-opératoires chez un malade qui, malgré la précarité de son état général, vient de subir une opération choquante, aussi rapide soit-elle.

Le malade doit être ramené dans son lit avec d'infinies précautions. Il sera réchauffé rapidement et l'on prendra soin de lui maintenir la tête basse pendant quelque temps.

Tous les stimulants qui nous ont servi à remonter le malade avant l'opération seront de nouveau mis en jeu. On n'hésitera pas à faire au malade de grosses quantités de sérum adrénaliné, soit en injections sous-cutanées, sous forme de sérum salé isotonique, soit en goutte à goutte rectal, sous forme de sérum glucosé. Les injections de 100 à 150 cm<sup>3</sup> de sérum artificiel isotonique chaud par voie intra-veineuse peuvent être d'un grand secours.

La transfusion sanguine conserve la première place parmi les thérapeutiques à employer dans les suites mêmes de l'intervention. Elle peut être avec un résultat surprenant répétée à plusieurs reprises dans les jours qui suivent.

Quant au régime, si la reprise de la boisson doit être rapide, celle de l'alimentation doit, au contraire, demeurer assez tardive.

---

## RESULTATS

De l'étude de toutes les observations que nous avons recueillies dans la littérature, une notion précise découle: qu'il s'agisse d'hématémèse grave survenant après suture simple ou suture complétée par une gastro-entérostomie, la mortalité considérable est la règle. Entre les mains de chirurgiens de nationalités différentes, à des époques différentes, chez les Américains ou les Anglais, les Allemands ou les Belges, les Français ou les Suisses, cette complication a vu presque invariablement la mort s'ensuivre.

Sur les dix observations recueillies par nous, quatre malades ont survécu à la gastro-pylorectomie (malade de Bertrand, Obs. n° 3, celui de M. Tinajero, Obs. n° 7, celui d'Okinczyc, Obs. n° 8 et enfin celui de M. le professeur Massabuau).

*La résection de l'ulcère par gastrectomie doit donc être considérée comme le seul traitement efficace des hémorragies graves survenant après la suture des ulcus gastriques perforés; seule, cette intervention nous a permis d'inscrire quelques résultats heureux.*

Une objection sérieuse semble se présenter à la suite de ce chapitre. Pourquoi ne pas faire d'emblée, une gastro-pylorectomie sur les ulcères gastro-duodénaux perforés? L'exérèse totale et primitive ne mettrait-elle pas le malade à l'abri des complications hémorragiques ultérieures et re-

doutables? Il semble qu'elle serait moins grave sur un ulcère perforé datant de quelques heures que chez un malade ayant saigné beaucoup et affaibli par une opération antérieure.

Nous ne voulons pas reprendre ici la discussion si fréquente du procédé de choix pour l'opération de l'ulcère gastro-duodénal perforé; il nous semble juste de dire cependant que la crainte de l'hémorragie, complication relativement rare, ne doit pas faire rejeter systématiquement le procédé d'urgence: la suture.

---

## CONCLUSIONS

I. — Les hémorragies gastriques survenant dans les suites opératoires des ulcères perforés sont relativement rares; elles sont tantôt précoces, tantôt tardives. Il en est de bénignes, il en est de graves, qui surviennent comme une nouvelle complication, mettant en danger la vie du malade.

II. — Un certain nombre de facteurs paraissent influencer la fréquence de ces hémorragies:

### 1) *Hémorragies précoces:*

#### a) Causes prédisposantes:

- la vascularisation exagérée de la paroi;
- le siège de la perforation;
- l'insuffisance hépatique, les troubles de la circulation portale, les troubles de la crase sanguine.

#### b) Causes déterminantes:

- la faute de technique opératoire;
- le matériel de suture employé;
- la stase et la gastrite.

### 2) *Hémorragies tardives :*

#### a) Causes prédisposantes :

- le terrain. — insuffisance hépatique,
  - alcoolisme,
- troubles de la crase sanguine.

b) Causes déterminantes :

- la persistance ou la reviviscence de l'ulcère;
- l'irritation et l'infection de la paroi gastrique déterminée par la présence d'un fil non résorbable.

III. — Elles nécessitent un traitement chirurgical qui, seul, peut sauver le malade. Ce traitement doit être la résection de l'ulcère par gastrectomie.

IV. — Le risque d'hémorragie après perforation suturée doit faire envisager l'éventualité d'une gastrectomie avec ablation de l'ulcère.

- 1) soit dans des conditions bien précises au cours de l'intervention,
- 2) soit, le plus souvent, par une intervention ultérieure.

## BIBLIOGRAPHIE

- BASSET. — Résultats éloignés des U. P. de l'estomac et du duodénum. *Bull. et Mém. de la Société de Chir. de Paris*, 1924, p. 224.
- BERARD et DESJAQUES. — Suites éloignées des U. P. *Congrès français de Chirurgie*, 1931.
- BERTRAND (Pierre). — Hémorragies gastriques dans les suites opératoires des U. P. de l'estomac. *Soc. de Chir. de Lyon*, 30 mai 1929.
- BIZARD et MALATRAY. — L'avenir des perforations d'ulcères gastro-duo. Statistique opératoire. *Echo Méd. du Nord*, n° 4, janv. 1935.
- BORSZEKY. — Perforation itérative en péritoine libre d'un ulcère duod. après intervalle de 2 ans. *Zentralblatt für Chir.*, février 1926, p. 328-30.
- BRAMWELL. — Simple perforat ingular of the duodenum. Death from hemoragie. *Clin. Study Edimburg*, 1906, p. 14.
- BROOWN. — Résultats éloignés dans 49 cas de perf. d'ulc. gastro-duod. *Edimburg Med. Journ.*, t. XXXII, n° 4, avril 1925.
- CALVET. — Sur 43 cas de U. P. de l'estomac et du duodénum. *Presse méd.*, 5 janv. 1935.
- CARLUCCI (G.-A.). — Hémorragie post-opératoire consécutive à un ulcère prépylorique aigu rompu. *Amer. Journ. Dig.*, sept. 1936, p. 506.

CAPPETTE et PELLÉ. — Discussion de la communication de Pervés et Badelon. *Mem. Ac. de chir. de Paris*, 1937, p. 224.

CHÂTON et STERN. — Tactique opératoire gastro-duodénale. Doin Cie, éditeur, 1937. Tome II, p. 226-238.

CLAVEL et CORAJOD. — Les U. P. restent-ils guéris ? *Lyon Méd.*, mai 1934, p. 585-94.

CREYSEL et DE MOURGUES. — Sur les résultats immédiats et éloignés des interventions pour ul. gastro-duod. perforés. *Revue de Chirurgie*, n° 8 oct. 1933.

CURTILLET. — Statistique des 37 cas d'U. P. en péritoine libre, traités par suture et gastro-entérostomie complémentaire. Résultats éloignés. *Presse Médicale*, Déc. 1937, p. 1757-60.

DELORE (X.). — *Rapport au congrès Français de Chir.*, 1928.

DELORE et CREYSEL. — Ulcus récidivants post-opératoires. *Journ. de Chir.*, 1925, t. XXV, p. 385.

DURRBACH. — Les sutures en chir. digestive. Etude et critique de l'évolution d'une technique. Thèse Paris, 1933, n° 257.

DUVAL. — Quel est l'avenir des malades opérés d'U. P. ? *Gazette méd. de France*, avril 1936, p. 215-17.

Trait. des ulc. gastr. *Bull. et mem. de la Société de Chir. de Paris*, 1924, p. 213.

DUVAL et STULZ. — Deux cas d'U. P. traités par excision ; une guérison, une mort. *Ibid.*, 1922, p. 854-64.

ELLIOT (Ell.). — Acute perforating gastric and duodenal ulcer. *Amér. Jour. Chir.*, octobre, nov., déc. 1908, janv. 1909.

The clinical features and treatment of acute perforating gastric and duodenal ulcer. *Annals of Chirg.*, 1912.

- FINSTERER (H.). — Die akute perforation von Magen und Duodenalge schwuren. *Beit. Zeit. Klin. Chir.* Tübing. 1910, p. 582-83.
- GANDY. — Ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. Etude clinique et résultats éloignés. Thèse Paris 1934, n° 611.
- GLORION (R.). — A propos des sutures intestinales. Thèse Paris, 1925, n° 137.
- GOSSET (J.), JOUANNEAU (M.) et ALLAMAND. — Les perforations itératives des ulc. gastro-duod. (à propos de 2 cas inédits). *Presse Méd.*, 220, 1938, p. 1556-59.
- GOSSET et LÆWY. — A propos du matériel de suture dans les opérations sur l'estomac. *Bull. et mém. soc. de chir.*, 14 janv. 1920, t. XLVI, p. 61-68.
- GUILLEMIN (A.). — Perforation d'ulcère d'estomac et interventions. *Paris Médical*, 1923, p. 554-59.
- GUILLEMET et LATREILLE. — 44 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés. *Journal de Chirurgie*, mars 1929, page 289.
- GUTMANN. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique.
- HANGSET (J.). — Résultats éloignés des opérations pratiquées à l'hôpital maritime pour U. G. D. de 1919 à 31. *Norsk Måasin in for Lacgeviden Kapen. T.* CIII, n° 10, oct. 1932, p. 1060-66.
- HARTMANN. — Traitement des U. gastr. perforés. *Revue gén. Clin. et Ther.*, 1926, p. 534.
- Remarque sur la chirurgie de l'estomac. *Gazette Méd.* Paris, 1902.
- Deux cas d'ulc. gastr. perforés traités par excision. *Bull. et Mém. de la Société de Chir. de Paris*, 1922.

- HEIM. . . Recherches ultérieures sur les ulc. gastro-duodénaux perforés et opérés. *Dtsch. Med. woch.*, 27 août 19 , t. LXIII, p. 1321-25.
- HERTEN-GRAEVEN (E.-C.). — Perforation récidivante d'un ulcère récidivant. *Brit. Med. Journ.*, 22 mai 1937, page 1.070.
- KRUMMER. — Trait. de l'U. P. en péritoine libre. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1923, p. 534.
- Gastrorragies et enterorragies cryptogènes. *Archives des mal. de l'app. dig. et de la nutr.*, 1925, n° 5.
- KRECKE. — Uber Nachblutung nach Magenoperation. *Zentr. für Chir.*, 1928, p. 738.
- LEWISOHN (R.). — Persistance des ulc. duod. après suture d'une perforation aiguë. *Surg. Gynec.*, fév. 1937, pages 172-77.
- LERICHE. — Rapport au Congrès de chirurgie, 1931.
- LÉCÈNE. — Résultats éloignés du traitement des ulc. gastro-duod perforés. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1924, p. 275.
- LAINA (A.). — Résultats éloignés de traitement chir. des U. gastr. duod.. (Archives des maladies de l'app. digst. et de la nutrition), 1928, p. 920.
- MONDOR et LAURET. — Les U. perforés duod. et de l'estomac. *Collection de méd. et de chir. pratique*.
- MATHIEU. — Sept observations d'ulc. gastr. perforés. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1924, p. 602-604.
- MAYER. — Uber dauererfolge in der operativen Behandlung der Gutartigen Magenkrankungen. *Beitr. zur Klin Chir., Tübingen*, 1908-09.
- MAYO. — A study of gastric and duodenal Ulcers, with a special reference to their surgical cure. *Ann. Surg. Phil.*, 1908, p. 884-93.
- MONDOR (H.). — Diagnostics urgents. Abdomen. Masson et Cie, Editeurs, 1940.

- MORVILLE (P.). — L'ulcère perforé de l'estomac et du duod. Résultats éloignés de la suture de l'ulcère. *Hospital Stidende*, t. LXXIII, 13 mars 1920, p. 315.
- MOURGUES (J. de). — Résultats immédiats et éloignés des interventions pour ulc. gastr. duod. perforés. Thèse Lyon 1933, n° 144.
- MORENO et TINAJERO. — De l'avenir des U. P. primitivement opérés par suture et enfouissement, suites éloignées. Perforation itérative. *Archives Hospitalières*, 1936, n° 4, p. 229.
- METZGER. — Contribution à l'étude des Ulc. gastr. duod. perforés. Thèse Paris, 1925.
- MERTZ et PEYRUS. — Ulc. duod. perforé. Gastrectomie secondaire. *Lyon Chir.*, juillet 1937, t. XXXIV, pages 481-484.
- OKINCZYC. — Pièce opératoire de gastrectomie secondaire après suture d'un ulcus perforé. *Mém. Ac. de Chir.*, février 1939, p. 165-66.
- PAPIN et DARAGNEZ. — Cinq cas d'opération d'urgence pour perforation d'ulcères d'estomac. *Journal Méd. Bordeaux*, 1925, p. 455-59.
- PEARSE (H.-E.). — Perforations itératives d'ulc. peptiques. *Annals of Surgery*, août 1932. (Bibliographie importante).
- PECK (Ch.) — Perforative lesions of stomach. *Annals of Surg. phil.*, 1907, p. 753-56.
- PERRIN. — Huit cas de perforation ulc. gastr. duod. Lyon, 1925, page 864.
- PERVES (J.) et BADELON (P.). — A propos des perforations itératives des U. G. D. *Mém. Ac. Chir.*, 24 févr. 1937, pages 223-25.
- POIX. — Contribution à l'étude des lésions gastriques dans les suites opératoires des U. gastr. duod. perforés. Thèse de Lyon, nov. 1929, n° 598.

- POLONY. — Rapport à la Soc. Nat. chir. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 2 févr. 1929.
- RIESE. — Über die Berechtigung der Resektion bei Perforiertem Magen und duod. Geschwüren. *Arch. f. Klin. Chir., Berlin*, 1923, p. 327-43.
- ROOJEN (Van). — A propos de la suture gastro-intestinale. *Arch. f. Klin. Chir.*, t. XCI, 1909, p. 381.
- ROPKE. — Statis. des complications post-opératoires des ulc. gastro duod. perforés. *Deutsch. Ped. wch.* 1922, page 48.
- SILHOL. — Ulc. gastrique perforé en péritoine libre. Suture simple. Hémorragie foudroyante au 5<sup>e</sup> jour. *Arch. franco-belges de chir.*, Bruxelles, 1924, p. 330-44.
- SUCHMANN. — Complications de la gastro-enterostomie. Thèse de Paris, 1936.
- SCHWARTZ. — Suture gastro-intestinale. *Brun. Beitr. zur Klin. Chir.* T. CXLVII, juillet 1929, p. 116.
- STENBUCK. — Causes de décès post-opératoires pour ulcères perforés est. et duod. *Annale of Surg.*, mai 1927, pages 713-21.
- SALLIK (M.-A.). — Résultats éloignés des perforations aiguës d'ulc. traités par simple suture. *Ann. of. Sur.*, nov. 1936, p. 853-63.
- TIXIER et CLAVEL. — Les grandes hémorragies gastro-duodénales. *Doin et Cie, Editeurs*, 1933.
- URRETIA. — Résultats éloignés des interventions pour ulc. gastro-duod. perforés. *Ann. of Surgery*, juillet 1929, p. 73-78.
- WHITE et PATERSON. — Résultats éloignés de la suture simple dans la perforation aiguë de l'ulcus duod. *Ann. of. Surg.*, avril 1931.
- WOLSON. — Sur les hémorragies secondaires après gastro-entérostomie. *Zentr. für Chir.*, juillet 1926.



## TABLE DES MATIERES

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                                                                   | 11 |
| OBSERVATION INÉDITE .....                                                            | 14 |
| CHAPITRE I. — <i>La fréquence des hémorragies des ulcères perforés suturés</i> ..... | 17 |
| CHAPITRE II. — <i>Etiologie</i> .....                                                | 20 |
| A. — Hémorragies tenant à des causes locales .....                                   | 10 |
| B. — Hémorragies tenant à des causes générales .....                                 | 28 |
| CHAPITRE III. — <i>Anatomie pathologique</i> .....                                   | 31 |
| CHAPITRE IV. — <i>Etude clinique</i> .....                                           | 34 |
| Observations recueillies dans la littérature .....                                   | 38 |
| CHAPITRE V. — <i>Traitement</i> .....                                                | 45 |
| CONCLUSIONS .....                                                                    | 52 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                                  | 54 |

---



## S E R M E N T

---

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

---

En ma qualité de Censeur de tout  
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*Contribution à l'étude des Hé-  
morragies des ulcères per-  
forés suturés.*

par RAHARINOSY.

Je pense que la Faculté peut en  
permettre l'impression.

Montpellier, le 29 juin 1942

*Le Professeur,*

MASSABUAU.

Vu :

Montpellier le 30 juin 1942

*Le Doyen,*

GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 1er juillet 1942

*Pour le Recteur*

*Le Vice-Président du Conseil  
de l'Université:*

A. FLICHE.

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises  
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées  
comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approba-  
tion ni improbation.



